

Karri Koistinen

Musiikilla muistoihin

Musiikin välittömät vaikutukset dementiaa sairastavan mielialaan

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

14.4.2014

Tekijä Otsikko	Karri Koistinen Musiikilla muistoihin. Musiikin välittömät vaikutukset dementiaa sairastavan mielialaan
Sivumäärä Aika	24 sivua + 4 liitettä 14.04.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Anneli Sarajärvi, TtT, yliopettaja
<p>Tämä opinnäytetyö liittyy projektiin Osaamisen vahvistaminen kliinisessä hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää nuoruuden ajan musiikin kuuntelun välittömiä vaikutuksia dementiaa sairastavan mielialaan. Tavoitteena on vahvistaa musiikin käyttöä hoitotyössä ja esitellä lyhytaikaisen musiikin käytön vaikutuksia potilaan mielialaan.</p> <p>Aineisto on kerätty helmikuussa 2014 havainnoimalla keskivaikeasti tai vaikeasti dementiaa sairastavia palvelukeskuksen asiakkaita ennen musiikki-interventiota, sen aikana ja välittömästi sen jälkeen. Omahoitajat havainnoivat asiakkaiden välittömiä reaktioita ja arvioivat mielialan muutoksia kehittämäni havainnointilomakkeen pohjalta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä.</p> <p>Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että nuoruuden aikaisen musiikin kuuntelulla on välittömiä mielialaan liittyviä vaikutuksia. Suurimmaksi osaksi nämä vaikutukset ovat mielialaa kohottavia, mutta osassa tuloksista myös mielialaa laskevia. Kokonaisuutena kuitenkin tutkittavien mieliala pysyi omahoitajien kuvaamana samanlaisena tai kohosi.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä yksinkertaisena ja nopeana keinona kohottaa dementiaa sairastavan mielialaa. Taitava hoitaja tuntee potilaansa ja voi potilaalle sopivan musiikin avulla parantaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua.</p>	
Avainsanat	muistisairaus, musiikki, dementia, ikääntyminen, mieliala, havainnointi

Author Title Number of Pages Date	Karri Koistinen Immediate Effects of Music to People's Mood Suffering With Dementia 24 pages + 4 appendices 14 April 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation	Nursing
Instructor	Anneli Sarajärvi, PhD, Principal Lecturer
<p>This study was related to a project which helps to confirm know-how in clinical nursing. The purpose of this study was to explain immediate effects of youth-time music to people who suffer from dementia.</p> <p>I collected the data of this study in February 2014 by observing a service center's clients who suffer from mid-severe or severe dementia. Nurses who knew their clients best observed immediate reactions and measured changes in mood of clients before, during and after music intervention. This was done by help of observation form I self-designed. I analyzed the data by using the content of the qualitative analysis.</p> <p>The results showed that listening of youth-time music has immediate effects related to mood. Mostly these effects raised mood, but some of the results also lowered mood. Altogether, though, nurses who knew their clients best described that mood of the clients remained at least at the same stage or rised.</p> <p>The results lead to the conclusion that nurses can use youth-time music in their daily work in simple and fast way to rise the mood of the people who suffer from dementia. Skilled nurse knows his/hers patients and with suitable music to patient nurse can improve patient's ability to function and quality of life.</p>	
Keywords	memory disorders, music, dementia, aging, mood, observation

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Muistisairauksien vaikutukset potilaan käyttäytymiseen ja mielialaan	2
2.1	Muisti	2
2.2	Ikääntymisen vaikutukset muistiin	3
2.3	Muistisairauksien vaikutukset muistiin	4
2.3.1	Dementia	5
2.3.2	Alzheimerin tauti	5
2.4	Muistisairauksiin liittyvät yleisimmät käytösoireet	6
3	Musiikin vaikutukset dementiaa sairastavan mielialaan ja toimintakykyyn	7
3.1	Musiikin fysiologiset vaikutukset ihmisessä	7
3.2	Musiikin merkitys ikääntyneille	8
3.3	Melodia, rytmi ja harmonia	9
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys	10
5	Opinnäytetyön toteutus	10
5.1	Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat	10
5.2	Aineiston keruu	11
5.3	Aineiston analysointi	12
5.3.1	Sisällönanalyysi	12
5.3.2	Analyysin kulku tässä opinnäytetyössä	13
6	Tulokset	15
7	Pohdinta	17
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	17
7.2	Eettisyyden tarkastelu	18
7.3	Luotettavuuden tarkastelu	19
7.4	Johtopäätökset ja aiheita jatkotutkimuksille	20
	Lähteet	22

Liitteet

Liite 1. Havainnointilomake

Liite 2. Saatekirje omahoitajille

Liite 3. Tiedote tutkittavalle ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Liite 4. Analyysirunko

1 Johdanto

Väestön ikääntyminen on hyvin tiedostettu ja siitä puhutaan myös julkisessa mediassa. Sosiaali- ja terveysalalle väestön ikääntyminen tarkoittaa lisääntyvää työtarjontaa ja työvoimapulaa. Koska ihmiset elävät nykyään pidempään kuin aiemmin, tämä aiheuttaa muistisairauksien lisääntymistä väestössä (Erkinjuntti – Huovinen 2008: 5). Turun Sanominen (2012) mukaan 36 suomalaista saa muistisairausdiagnoosin päivittäin, eivätkä sairastuneet saa riittävää kuntoutusta.

Musiikin käyttö hoitotyössä on vielä melko vähäistä ja enimmäkseen virikekäyttöistä. Suurin osa hoitohenkilökunnasta saattaa ajatella, että musiikin terapeutin käyttö kuuluu ainoastaan musiikkiterapeuteille, eikä osastoilla ole sellaiseen varaa. Musiikkia on kuitenkin mahdollista käyttää osana hoitoa myös ilman musiikkiterapeutin pätevyyttä. Musiikin käyttöä muistisairaiden hoidossa on tutkittu laajasti, muun muassa Muistaakseni laulan -hankkeessa (Särkämö ym. 2011).

Opinnäytetyö liittyy projektiin: Osaamisen vahvistaminen kliinisessä hoitotyössä. Tavoitteena on vahvistaa musiikin käyttöä hoitotyössä ja esitellä lyhytaikaisen musiikin käytön vaikutuksia potilaan mielialaan. Aikaisemmat tutkimukset ja opinnäytetyöt ovat keskittyneet pääasiassa useamman musiikki-intervention pitkäaikaisseurantaan, eikä välittömiä vaikutuksia ole perusteellisemmin tutkittu. On myös mahdollista, että jopa puhekykynsä dementian vuoksi menettänyt henkilö pystyisi laulamaan tuttuja lauluja ja tällä tavoin ilmaisemaan itseään.

Opinnäytetyössä tarkastellaan musiikkia osana hoitotyötä ja esitellään musiikin käyttöä yksinkertaisena ja helppokäyttöisenä hoitoa tukevana menetelmänä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää nuoruuden ajan musiikin kuuntelun välittömiä vaikutuksia dementiaa sairastavan mielialaan. Potilasryhmistä keskitytään keskivaikeasti ja vaikeasti dementiaa sairastaviin potilaisiin. Lievästi dementiaa sairastavat potilaat on rajattu pois. Tutkimuskysymyksenä on: Millaisia välittömiä reaktioita nuoruuden ajan musiikin kuuntelu aiheuttaa dementiaa sairastavilla ihmisillä omahoitajien kuvaamana?

2 Muistisairauksien vaikutukset potilaan käyttäytymiseen ja mielialaan

2.1 Muisti

Arkikielessä muistilla tarkoitetaan yleensä pitkäkestoista muistia, asioiden mieleen palauttamista ja vanhojen asioiden muistelua. Muisti on kuitenkin paljon laajempi kokonaisuus, johon ihmisen kaikki kognitiiviset toiminnot perustuvat. Se muokkautuu ajan myötä, jolloin muistoista tulee henkilökohtaisia. Muisti on osa ihmisen minuutta. Muistikapasiteetti ja sen toiminta ovat jokaisella ihmisellä yksilöllisiä ja niihin vaikuttavat muun muassa terveydentila, perimä, harrastukset ja psyykkinen tila. (Härmä – Dunderfelt-Lövgren 2011: 18, 24.)

Muistia voidaan tarkastella monelta eri kannalta. Toiminnallisesti muisti voidaan jaotella kolmeen tapahtumaan, jotka ovat mieleen painaminen, muistissa säilyttäminen ja mieleen palauttaminen. Näihin toiminnallisiin prosesseihin osallistuu monia aivojen eri osia ja muistin lisäksi niihin vaikuttavat useat kognitiiviset osa-alueet. Keston ja kapasiteetin perusteella muisti voidaan jakaa niin ikään kolmeen osaan. Nämä ovat aistimuisti, työmuisti ja säilömuisti. Aistimuisti on näistä kolmesta kapasiteetiltaan pienin. Sen tehtävänä on poimia aistielinten avulla ärsykeinformaatiota työmuistin käsiteltäväksi. Työmuisti nimensä mukaisesti työstää informaatiota. Se on kestoaltaan pidempi kuin aistimuisti, mutta tarkoitettu vain asioiden väliaikaiseen työstämiseen ja säilyttämiseen. Kun informaatio on käsitelty, se siirretään säilömuistiin. Säilömuisti on kapasiteetiltaan ja kestoaltaan suurin muistin osa-alue. Sinne tallennettua tietoa voidaan myöhemmin palauttaa uudestaan työmuistiin käsiteltäväksi. (Härmä – Dunderfelt-Lövgren 2011: 24-26.)

Säilömuisti voidaan jakaa vielä deklarativiseen, proseduraaliseen ja prospektiiviseen muistiin. Deklaratiivinen muisti on säilömuistin tietoinen osa, joka voidaan jakaa vielä semanttiseen (tietomuisti) ja episodiseen (tapahtumamuisti). Semanttisen muistin sisältämät tiedot ja käsitteet, yleissivistys, ammattitaito ja kielioppi ovat tärkeitä opinnoissa ja työelämässä. Episodiseen muistiin tallentuvat vastaavasti tapahtumat ja kokemukset, jotka ovat yhteydessä aikaan ja paikkaan. Tapahtumamuisti on siis elämänkertamuisti, joka osaltaan luo ihmisen persoonallisuutta ja identiteettiä. Episodinen ja semanttinen muisti toimivat lomittain keskenään. Proseduraalisella muistilla tarkoitetaan taitomuistia, johon sisältyvät opitut taidot kuten esimerkiksi käveleminen, pyörällä aja-

minen ja tietokoneen käyttö. Se on ainakin osittain tiedostamaton. Prospektiivinen muisti tarkoittaa ennakkomuistia. Sen avulla ihminen muistaa tulevia asioita ja tapahtumia kuten esimerkiksi läheisten merkkipäivät ja sovitut tapaamiset. (Härmä – Dunderfelt-Lövgren 2011: 32-33.)

Aivojen rakenteellisista osista muistitoimintoihin osallistuvat erityisesti ohimolohkot, hippokampus ja aivokuori. Aistielimiä pitkin informaatio siirtyy päälaki- ja ohimolohkoihin, joissa aistimuistialueet, kuulo ja näköalueet, prosessoivat informaatiota. Tuore aisti-informaatio säilötään sisempään ohimolohkoon. Ohimolohkosta informaatio siirtyy hippokampukseen, joka on aivojen muistikeskus. Se osallistuu tiedon siirtämiseen työmuistista pitkäkestoisempaan säilömuistiin. Seuraavaksi tieto siirtyy ulommille ohimolohkoille, josta se tallennetaan aivokuorelle. Säilömuisti sijaitsee aivokuorella. (Härmä – Dunderfelt-Lövgren 2011: 35.)

2.2 Ikääntymisen vaikutukset muistiin

Mitä vanhemmaksi ihminen elää, sitä enemmän muistiongelmia yleensä tulee. 65 vuoden iässä ikääntyminen vaikuttaa selvästi kognitiivisiin toimintoihin, mutta vain valikoituin osin ja normaalit arjen toiminnot sujuvat ongelmitta (Härmä – Hänninen – Suhonen 2011: 77–78). Työmuistin heikkenemisen on nähty vaikuttavan kognitiivisiin ikämuutoksiin (Saarenheimo 2012: 37).

Eniten ikääntyminen vaikuttaa uuden oppimiseen, asioiden mieleen palauttamiseen ja nopeaa prosessointia vaativiin toimintoihin hidastaen niitä. Hidastumista tapahtuu myös muistin eri osa-alueiden yhteistoimintaa vaativissa prosesseissa sekä omaaloitteisuutta vaativissa tehtävissä. Ympäristön ja tilanteen vaikutukset korostuvat ikääntyneen muistin toiminnoissa. Esimerkiksi väsymys, stressi ja kiire vaikuttavat ikääntyneen muistiin herkemmin. (Erkinjuntti ym. 2006: 22–24; Härmä – Hänninen – Suhonen 2011: 79–80; Soininen – Hänninen 2006: 82–83.)

Työmuistin ohella ikääntymisen vaikutukset koskettavat myös tapahtumamuistia eli episodimuistia. Tapahtumamuisti yhdistetään minuuteen ja sen koetaan yleensä olevan myös henkilökohtaisesti merkityksellinen. Tämän takia se on myös erittäin haavoittuva. Ikääntyneet ihmiset muistavat yleensä helpommin tapahtumia pitkältä menneisyydestä kuin lähiajan tapahtumia. Vanhoihin tapahtumiin liittyy yleensä myös jokin tunneside, jolloin ne jäävät mieleen paremmin. (Saarenheimo 2012: 39.)

Säilömuistin kapasiteetti on nykytiedon mukaan rajaton. Myös semanttisen (tietomuisti) ja proseduraalisen (hankitut tiedot) muistin sisällöt säilyvät kuin ennenkin. Työmuistin muutokset kuitenkin vaikuttavat mieleen palauttamiseen hidastavasti. Unohtuneet sanat ja nimet palautuvat kyllä mieleen, mutteivät niin nopeasti kuin aiemmin. (Saareheimo 2012: 39.)

Ikääntymisen vaikutuksia muistiin ei voida täysin estää, mutta niitä on mahdollista hidastaa tai lieventää. Geenit ja elämäntavat vaikuttavat aivojen aktiivisuuden ylläpitoon myös iän karttuessa. Tiedetään myös, että muun muassa masennus, diabetes ja sydän- ja verisuonitaudit heikentävät kognitiivisia toimintoja. Aivojen plastisuus tarkoittaa aivojen kykyä ottaa uusia alueita käyttöön tuhoutuneiden tilalle. Tämä kyky säilyy melko pitkään, mutta 70-vuotiaana elämänaikaiset riski- ja suojatekijät ovat vahvemmin esillä kuin nuorilla. Aktiivisella aivojen käytöllä on mahdollista harjoittaa aivoja toimintakykyisemmäksi kohtaamaan ikääntymisen mukanaan tuomia haasteita. (Härmä – Hänninen – Suhonen 2011: 76–77.)

2.3 Muistisairauksien vaikutukset muistiin

Muistisairauksien luonne muuttuu sen mukaan, mitkä hermoston toiminnalliset alueet ja verkostot vaurioituvat. Eri sairauksissa on erilaisia oireita, mutta kaikissa sairauksissa on myös hyvin toimivia aivojen osa-alueita, joita voidaan käyttää hyödyksi toimintakykyä ylläpitävässä ja kuntouttavassa hoidossa. (Pirttilä 2004: 12.)

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää myös muita kognitiivisia alueita muistin lisäksi, kuten esimerkiksi toiminnanohjausta, kielellisiä toimintoja ja näönvaraisista hahmottamista. (Erkinjuntti – Rinne – Soininen 2010: 19; Sulkava 2010: 121). Muistisairauksien edetessä ne yleensä johtavat dementia-asteiseen muistin ja kognitiivisten taitojen heikkenemiseen (Käypä hoito -suositus 2010: 2).

Toiminnalliseen kykyyn muistisairailta voidaan yhdistää hyvät sosiaaliset suhteet, toiminnallinen aktiivisuus, kokemus tarpeellisuudesta sekä mahdollisuuksien näkeminen ja ratkaisujen löytäminen toimintarajoitteista huolimatta. (Heimonen – Voutilainen 2006: 21.)

2.3.1 Dementia

Dementia on ennen kaikkea oireyhtymä, eikä erillinen sairaus. Oireyhtymään liittyy muistivaikeuksien lisäksi laaja-alainen ylempien aivotoimintojen heikkeneminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna. Tämä vaikuttaa huomattavasti henkilön selviytymiskykyyn päivittäisissä toimissa, työssä ja sosiaalisissa tilanteissa. Dementia voi olla etenevä, pysyvä tai ohimenevä. Dementiaan johtavista sairauksista yleisin on Alzheimerin tauti. Muita dementoivia sairauksia ovat esimerkiksi Lewyn kappale -tauti, vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen ja otsa-ohimolohkorappeuma. (Erkinjuntti ym. 2010: 17.)

Dementiaa voivat aiheuttaa myös runsas päihteiden, lääkkeiden käyttö, perinnölliset tekijät, pään vammautuminen, ja riskitekijöinä tiedetään muun muassa olevan metaboliset sairaudet, sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, tupakointi, työperäinen säteilylle altistuminen ja raskasmetallit. Dementiaa aiheuttavissa sairauksissa taudin aiheuttaja on usein kuitenkin tuntematon. (Viramo – Sulkava 2002: 26–31.) Syynä dementiaan voi olla pysyvä jälkitila, kuten aivovamma, tai hoidolla parannettava sairaus, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta. (Erkinjuntti ym. 2010: 86–89.)

2.3.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin vaiheittain etenevä aivosairaus, jonka oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioitumisesta. Se diagnosoidaan oirekuvan perusteella ja se on mahdollista diagnosoida jo ennen kuin oireet ovat dementiaa kuvaavia. Alzheimerin tauti alkaa yleisimmin lievillä muistivaikeuksilla, jotka taudin edetessä laajenevat. Taudin kuvaan kuuluu myös käytöshäiriöt, jotka vaihtelevat taudin vaikeusasteen mukaan. (Erkinjuntti ym. 2010: 16–17.) Alzheimerin tauti voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen taudin vaikeusasteen mukaan.

Lievässä vaiheessa muistin heikkeneminen saattaa vaikuttaa päivittäisiin toimintoihin lyhytaikaisten tapahtumien unohtelun takia. Henkilöllä saattaa olla lieviä ongelmia orientaatioissa ja ongelmanratkaisussa. Vaikeimmat kotiaskareet ja monimutkaiset harrastukset ovat jääneet pois. Itsestä huolehtimisen suhteen henkilö saattaa tarvita muistutuksia. (Käypä hoito 2010: 11, 17–18.)

Keskivaikeassa vaiheessa keskittyminen ja kognitiiviset taidot ovat heikentyneet, eikä henkilö pysty itsenäisesti osallistumaan sosiaalisiin tilanteisiin kodin ulkopuolella. Hen-

kilö ei ole orientoitunut aikaan ja paikkaan ja tarvitsee tukea itsestä huolehtimisessa. Pitkäaikaisia tapahtumia ja hyvin opittua ainesta henkilö pystyy muistamaan, mutta uusien asioiden opettelu on vaikeaa ja ne unohtuvat nopeasti. (Käypä hoito 2010: 11, 17–18.)

Vaikeassa vaiheessa henkilöllä ei ole ongelmanratkaisukykyä ja hän on orientoitunut ainoastaan ihmiseen. Muistihäiriöt ovat vaikeita ja muistot hyvin pirstaleisia. Henkilö on muista riippuvainen ja tarvitsee täyden tuen itsestä huolehtimisen toiminnoissa. Myös inkontinenssia saattaa ilmetä. (Käypä hoito 2010: 11, 17–18.)

2.4 Muistisairauksiin liittyvät yleisimmät käytösoireet

Muistisairauksiin liittyvien kognitiivisten oireiden lisäksi potilailla ilmenee usein erityisesti taudin pitkään jatkuessa myös käytösoireita. Käytösoireet ovat psyykkisten toimintojen, tunne-elämän ja käyttäytymisen muutoksia, esimerkiksi masentuneisuutta, levottomuutta (agitaatio), persoonallisuuden muutoksia ja uni- ja valvetilan häiriöitä. (Käypä hoito 2010: 5.)

Muistisairauden laatu vaikuttaa hieman siihen, millaisia käytösoireita potilaalla on. Esimerkiksi Alzheimerin taudin alkuvaiheessa tavallisia ovat erilaiset psykologiset oireet, kuten ahdistuneisuus ja masentuneisuus. Taudin edetessä muut käyttäytymiseen liittyvät oireet lisääntyvät. Lewyn kappale -tautiin liittyy usein hyvinkin yksityiskohtaisia näköharhoja ja harhaluuloja sekä aggressiivisuutta. Otsa-ohimolohkorappeumaan taas kuuluvat persoonallisuuden varhaiset muutokset, empatiakyvyn ja sosiaalisten taitojen menetys, sairaudentunnottomuus, pakko-oireet sekä sopimaton leikkimielisyys. (Sulkava – Viramo – Eloniemi-Sulkava 2001: 14.)

Käytösoireet saattavat olla ensimmäinen merkki alkavasta muistisairaudesta. Vaikka muistamisvaikeuksien voisi olettaa olevan ensisijainen syy hoitoon hakeutumiseen, niin todellisuudessa hoitoon hakeudutaan yleensä juuri käytöshäiriöiden ilmaannuttua. Suontaka-Jamaisen (2011) tutkielmassa potilailla, jotka tulivat vanhuspsykiatriselle osastolle hoitointerventioon, yleisimpiä käytösoireita olivat masentuneisuus ja alakuloisuus, apatia ja välinpitämättömyys, levottomuus ja aggressiivisuus sekä harhaluulot. Muina usein esiintyvinä käytösoireina ilmeni ärtyvyyttä ja mielialan vaihtelua sekä ahdistuneisuutta. Harvemmin esiintyviä käytösoireita olivat muun muassa poikkeava motorinen käyttäytyminen, kohonnut mieliala ja estottomuus. Apatiaa ja välinpitämättö-

myyttä, masentuneisuutta ja alakuloisuutta, levottomuutta ja aggressiivisuutta sekä harhaluuloja saatiin vähennettyä huomattavasti hoidon aikana. (Suontaka-Jamalainen 2011: 25–30, 49.)

Käytöshäiriöiden kehittymiseen vaikuttavia muita tekijöitä muistisairauden lisäksi ovat potilaan peruspersoonallisuus, suhteet omaisiin ja hoitajiin, fyysinen hoitoympäristö ja muistisairauteen liittyvät neurobiologiset tekijät, muu terveydentila ja lääkitys haittavai-
kutuksineen. Käytösoireiden kehittymisen syynä voi olla myös omaisen tai hoitajan ahdistuneisuuden, masentuneisuuden tai uupumisen heijastuminen potilaaseen. Käy-
töshäiriöiden hoito on etenkin omaisille erityisen raskasta ja käytösoireet altistavat poti-
laat myös uusille sairauksille. (Vataja 2010: 91–92, 96.)

3 Musiikin vaikutukset dementiaa sairastavan mielialaan ja toimintaky- kyyn

3.1 Musiikin fysiologiset vaikutukset ihmisessä

Jo 1800-luvulla todettiin musiikin vaikuttavan ihmisen verenpaineeseen ja aineenvaih-
duntaan (Ahonen 2000: 48) ja monet tutkijat ympäri maailmaa ovat olleet kiinnostuneita
siitä, miten musiikki vaikuttaa ihmiseen ja hänen rytmeihinsä lääketieteelliseltä kannalta
(Bojner-Horwitz – Bojner 2007: 50). On muun muassa esitetty, että musiikin kuuntelulla
on yhteyksiä hengitykseen, pulssiin, lihasreflekseihin ja ihon sähkönjohtokykyyn (Ar-
rington 1954), mutta on tärkeä muistaa että myös tunnereaktiot voivat aiheuttaa näitä
fysiologisia muutoksia (Bojner-Horwitz – Bojner 2007: 50).

Musiikin prosessointi aivoissa ei tapahdu tarkasti vain yhdellä alueella, vaan vaikutus
on laaja-alaista ja musiikkia käyttämällä pystytään aivoissa aktivoimaan laajoja toimin-
takokonaisuuksia sekä herättämään tunteita (Karjula 2009: 13; Särkämö 2011: 5). Mu-
siikki vaikuttaa aivojen limbiseen järjestelmään ja sitä kautta tunteiden säätelyyn ja
muistiin. Sen takia mitä vahvempi tunneside ihmisellä asioihin on, sitä paremmin hän
niitä muistaa. (Ahonen 2000: 51–52.) Lisäksi musiikki tehostaa muiden aistien kautta
tulevaa emotionaalista informaatiota (Tervaniemi 2009: 2581).

Musiikin fysiologiset vaikutukset ulottuvat myös kipuaistimukseen. Tämä johtuu musiikin suorasta vaikutuksesta aivojen sensorisen kuorikerroksen kykyyn vastaanottaa kipuaistimuksia. Tietoisuuteen epäsuorasti vaikuttava musiikillinen toiminta auttaa ihmistä keskittymään musiikkiin kivun tuntemisen sijaan. Kivun lieventämisen ja limbisen järjestelmän kautta musiikin avulla on mahdollista välttää sellaisia negatiivisia emotionaalisia reaktioita, kuten ahdistusta ja pelkoa, jotka voisivat häiritä lääketieteellistä hoitoa. (Ahonen 2000: 52.)

3.2 Musiikin merkitys ikääntyneille

Musiikin hyvinvointivaikutuksiin liittyvistä tutkimuksista suurin osa on kohdennettu nuoriin ihmisiin, mutta tietoa musiikin merkityksistä ikäihmisille on vasta vähän (Laukka 2007: 217). Musiikilla on kuitenkin merkittävä rooli ikäihmisten elämässä ja he kuuntelevat musiikkia lähes päivittäin (Cohen – Bailey – Nilsson 2002: 92; Laukka 2007: 230).

Musiikin aivoja aktivoiva vaikutus on hyvää aktiviteettia ikäihmisille. He muistavat yleensä hyvinkin sellaisen musiikin, joka on ollut suosittua heidän nuoruudessaan. Jopa dementoituneet ihmiset saattavat muistaa lauluja ja sitä kautta nuoruuden aikaisia tapahtumiaan. Musiikin avulla on mahdollista palata nuoruuden tapahtumiin ja maiseisiin ja niistä voidaan unelmoida. Lisäksi musiikki voi auttaa dementiaa sairastavaa ihmistä orientoitumaan paikkaan ja aikaan sekä tuomaan järjestystä. (Ahonen 2000: 287-288.)

Ikääntymisen vaikutuksia musiikin merkityksellisyyteen ovat tutkineet Cohen, Bailey ja Nilsson (2002). Heidän tutkimuksessaan esimerkiksi 78–100 -vuotiaat kokivat musiikin olevan merkityksellisempää kuin 69–77 -vuotiaat. Yhteisenä piirteenä kaikille tutkittaville merkittävin musiikki liittyi heillä aikaisempien vuosikymmenten mielimusiikkiin. (Cohen – Bailey – Nilsson 2002: 89, 93, 97.)

Musiikin avulla ihminen rakentaa omaa identiteettiään sekä luo yhteenkuuluvuutta ja yhteisiä tunnekokemuksia muiden ihmisten kanssa (Lehtonen 2007: 22). Sekä musiikin kuuntelulla että laulamisaalla on todettu hetkellisiä mielialaa kohottavia vaikutuksia (Särkämö ym. 2011: 33–35; Ahonen 2000: 51-52).

3.3 Melodia, rytmi ja harmonia

Musiikki on ihmisen luomaa, organisoitua ääntä. Musiikin tyyli ja muoto syntyvät yhdessä äänen ja musiikin peruskäsitteiden vaikutuksesta. Musiikin peruskäsitteitä ovat muun muassa melodia, rytmi ja harmonia, jotka voidaan johtaa äänen peruskäsitteistä: äänen kesto, taso, voima ja sointiväri. (Ahonen 2000: 35.)

Melodia vaikuttaa ihmisen ajatuksiin. Kuuntelijan on pidettävä mielessä edelliset nuotit, jotta hän voi seurata melodian muotoa. Tämän lisäksi kuuliija yleensä koettaa jo aavistaa mikä seuraava sävel on. Melodian seuraamiseksi tarvitaan siis sekä havainnointikykyä että muistia. Melodian teemat saattavat olla jännittyneitä tai vapautuneita. Tämä vaikuttaa yleensä myös soittajan, laulajan ja kuuliijan fysiologiaan samalla tavalla (Ahonen 2000: 44-45.)

Rytmiä on kaikkialla: vuorokausirytmii, hengityksen rytmi, kävelyrytmi, sydämen lyönnit. Jokaisella ihmisellä on tällöin myös oma henkilökohtainen rytmensä, joka saattaa vaihdella. Rytmii voidaan sanoa olevan fysiikalisessa mielessä olemassaolomme perusta (Ahonen 2000: 43). Valamiehen (2005) artikkelissa musiikkiterapian professori Jaakko Erkkilä kertoo, että ihmisen mieltymys rytmiin johtuu sikiövaiheesta. Sikiövaiheessa rytmi auttaa ihmistä tulemaan tietoisiksi itsestään.

Rytmillä voi olla sekä aktivoiva että rauhoittava vaikutus kehon omiin rytmisiin järjestelmiin kuten esimerkiksi verenkiertoon, sydämen sykkeeseen ja hengitykseen. Hidas-rytmi rauhoittaa ja rentouttaa, kun taas kiihtyvällä rytmillä on vireystilaa nostava vaikutus ja se voidaan kokea jopa pelottavana. (Ahonen 2000: 41-43.) Oppimisen ja kognitiivisen sekä motoristen toimintojen kannalta musiikin merkittäväksi havaittu ominaisuus kätkeytyy rytmiin. Säännöllinen rytmi auttaa aivoja ajoittamaan informaation kulkua. (Thaut 2005: 55-64.)

Musiikin ydin löytyy harmoniasta. Harmonia vaikuttaa ihmisen tunteisiin, esimerkiksi mollisointujen helpottaessa surua ja duurisointujen luodessa voiman, rohkeuden tunteita (Ahonen 2000: 37). Tunneilmaisut eivät ole kuitenkaan täysin yksiselitteisiä vaan ne riippuvat myös tilanteesta, jossa ihminen on (Bojner-Horwitz – Bojner 2007: 38). Harmonia vaikuttaa ihmisen limbiseen järjestelmään, jossa sijaitsevat tunteiden säätelykeskus ja muistovarasto. Ihminen saattaa siis yhdistää kuulemansa musiikin tunteisiin ja muistoihinsa. (Ahonen 2000: 51.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää nuoruuden ajan musiikin kuuntelun välittömiä vaikutuksia dementiaa sairastavan mielialaan. Opinnäytetyön tavoitteena on vahvistaa musiikin käyttöä hoitotyössä ja näyttää, että lyhytaikaisellakin musiikin käytöllä saattaa olla vaikutuksia potilaan toimintakykyyn ja mielialaan.

Tutkimuskysymyksenä on:

1. Millaisia välittömiä mielialareaktioita nuoruuden ajan musiikin kuuntelu aiheuttaa dementiaa sairastavilla ihmisillä omahoitajien kuvaamana?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat

Koska opinnäytetyön tarkoitus liittyi ilmiön ymmärtämiseen ja lisätiedon keräämiseen ennalta melko tuntemattomasta aiheesta, opinnäytetyön menetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on terminä ikään kuin sateenvarjo, jonka alle mahtuu monia omalla tavallaan erilaisia laadullisia tutkimusmenetelmiä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 9). Kvalitatiivinen tutkimus kuvataan usein enemmän ihmisläheisempänä ja ymmärtävänä ihmistieteellisenä tutkimuksena. Laadullisessa tutkimuksessa painottuu kysymys toisen ymmärtämisestä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 66, 68.)

Laadullinen tutkimus korostaa merkityksen, ymmärryksen ja laadun tarkastelua, eikä niinkään painotu määrään. Tärkeintä on tutkia kohdeilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kun lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, ei siihen liittyviä asioita aina voi mitata määrällisesti. Laadullisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat tiedon hankkiminen monipuolisesti, luonnollisessa ja aidossa tilanteessa koottava aineisto, luottamus ihmiseen tiedon keruun välineenä, aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu sekä joustava, olosuhteiden mukaan muokkautuva tutkimuksen toteuttaminen. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2012: 160-164.)

5.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin havainnoimalla kahdeksaa erään palvelukeskuksen keskivaikeasti tai vaikeasti dementiaa sairastavaa asiakasta helmikuun 2014 aikana. Omahoitajat havainnoivat asiakkaiden välittömiä reaktioita ja arvioivat mielialan muutoksia havainnointilomakkeen pohjalta. Havainnot kirjattiin lomakkeelle myöhempää analysointia varten. Yksittäisen havainnointitilanteen kesto oli noin 15 minuuttia. Havainnointitilanne oli kolmiosainen: mielialan arviointi ja verenpaineen mittaaminen ennen interventiota, musiikki-interventio ja havaintojen kirjaaminen sekä mielialan arviointi ja verenpaineen mittaaminen intervention jälkeen.

Ennen havainnointitilannetta tuli selvittää asiakkaan nuoruuden ajan mielimusiikki. Tämä toteutettiin omahoitajien avustuksella. Heitä pyydettiin saatekirjeessä sekä erikseen osastolla tutkimuksesta järjestetyssä infotilaisuudessa selvittämään potilaan lempimusiikki silloin, kun potilas on ollut noin 20–30-vuotias. Tähän omahoitajat ovat saaneet tiedon joko potilaalta itseltään tai potilaan omaisilta tai läheisiltä. Omahoitajille annettiin myös äänilevy, johon oli koottu musiikkia 40–50-luvuilta. Havainnoitavilta tai heidän edunvalvojiltaan pyydettiin kirjallinen lupa tutkimukseen osallistumiseen.

Havainnointi on yksi laadullisen tutkimuksen yleisimmistä aineiston keruumenetelmistä. Sen avulla voidaan kerätä monipuolisesti tietoa ihmisen käytöksestä, reaktioista, toimintatavoista ja siitä, toimivatko ihmiset todella niin kuin kertovat. Havaintojen tekeminen ihmisen luonnollisessa ympäristössä auttaa tutkittavan ilmiön esiin tulemistä juuri sellaisena kuin se yleensäkin ilmenee. (Vilkka 2006: 37.)

Tieteellinen havainnointi eroaa arkihavainnoinnista huomattavasti. Se on erityisesti tietoisempaa havaintoihin liittyvistä virhelähteistä, kuten eri havainnoijien välisistä eroista. Havainnoinnin etuihin kuuluu, että sen avulla saatava tieto on välitöntä ja tutkimustilanne on luonnollinen. Haittana voidaan pitää havainnoijan mahdollista läsnäolon vaikutusta tutkittavaan sekä havaintojen kirjaamisen vaikeutta. Havainnointitilanteessa välitön muistiinpanojen tekeminen saattaa olla mahdotonta, jolloin osa havainnoista saattaa jäädä kirjaamatta myöhemmin muistamattomuuden takia. Havainnointi vie useasti myös paljon aikaa, jolloin on tärkeää että jokainen tutkimustilanne tehdään huolellisesti. (Hirsjärvi ym. 2012: 201-203.)

5.3 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Se on perusmenetelmä, jota on mahdollista käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan ilmiötä tiivistetyssä ja yleistetyssä muodossa. Sisällönanalyysiä voidaan pitää sekä selkeänä yksittäisenä metodina että myös väljänä teoriakehyksenä, joka on mahdollista yhdistää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 91, 103.) Erilaisten aineistojen kuvaaminen ja analysointi onnistuu sisällönanalyysimenetelmää käyttäen ja sitä käytetäänkin paljon hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Analyysi voi olla aineistolähtöistä eli induktiivista tai teorialähtöistä eli deduktiivista. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 133, 123.) Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysiin käytettiin deduktiivista päättelyä.

5.3.1 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi voidaan eritellä kolmeen osaan: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Klusterointi voidaan katsoa myös kuuluvaksi osaksi abstrahointia. Redusoinnissa aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennainen materiaali ja aineistoa tällä tavoin pelkistetään. Pelkistämistä ohjaa asetettu tutkimuskysymys ja se tapahtuu joko aineistoa tiivistämällä tai osiin pilkkomalla. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108-109.)

Klusteroinnissa aineiston alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa asiaa kuvaavat alkuperäisilmaukset yhdistetään yhdeksi luokaksi, joka nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Klusteroinnin aikana aineisto tiivistyy, sillä yksittäisiä tekijöitä yhdistetään yleisempien luokkien alle. Tällä tavoin muodostetaan alaluokkia, yläluokkia, pääluokkia ja lopuksi vielä kaikki luokat kokoava yhdistävä luokka. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110.)

Abstrahoinnissa eli teoreettisten käsitteiden luomisessa erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja näiden tietojen pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnin prosessin kulku on kielellisistä ilmauksista kohti teoreettisia käsitteitä ja lopulta johtopäätöksiä. Aiemmin luotuja luokituksia yhdistellään edelleen, niin kauan kuin se aineiston sisällön kannalta on mahdollista. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 113.)

Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineiston analysoiminen ja luokittelu perustuu johonkin aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Analysointi tapahtuu seuraten jotakin teemaa tai käsitekarttaa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 97–98) Teorialähtöinen sisällönanalyysi kulkee Eskolan (2007: 163) mukaan teorian ja siitä johdetun olettamuksen kautta kokemukseen eli empiriaan, josta se jälleen palaa teoriaan. Tutkimuksen etenemistä voidaan kuvata myös neljän vaiheen avulla. Ensimmäisessä vaiheessa esitellään teoria, toisessa vaiheessa teoria muutetaan mitattavaan muotoon, kolmas vaihe sisältää aineiston keräämisen ja neljännessä vaiheessa pohditaan, tukeeko aineisto teoriaa. (Eskola 2007: 163.)

Analyysirungon muodostaminen on ensimmäinen vaihe teorialähtöisessä sisällönanalyysissä. Analyysirunko voi olla täysin strukturoitu, jolloin se ohjaa tarkasti itse analyysin etenemistä. Tällöin aineistosta kerätään vain niitä asioita, jotka sopivat runkoon. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 113.) Jos analyysirunko on väljä, sen sisälle voidaan muodostaa luokkia ja kategorioita induktiivisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaan. Aineistosta poimitaan analyysirungon sisältämät asiat, mutta myös ne asiat, jotka jäävät rungon ulkopuolelle. Ulkopuolelle jääneistä asioista muodostetaan induktiivisia sisällönanalyysin periaatteita noudattaen uusia luokkia. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston pelkistäminen ja luokittelu tapahtuu etsimällä systemaattisesti aineistosta analyysirungon mukaisia ilmauksia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 113–115; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2010: 135–135.)

Luokittelun ja kategorioiden muodostamisen jälkeen sisällönanalyysia voidaan jatkaa vielä kvantifioinnilla. Kvantifioinnissa lasketaan kuinka monta kertaa tietty sama asia esiintyy käsiteltävässä aineistossa. Kvantifioinnin avulla on mahdollista luoda laadullisen tutkimuksen analysointiin ja aineiston tulkintaan erilainen näkökulma. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 120–121.)

5.3.2 Analyysin kulku tässä opinnäytetyössä

Tässä opinnäytetyössä analyysirunko on melko väljä, sillä ilmiötä ei ole aiemmin tutkittu juuri tällaisena. Analyysirunko muodostettiin itse kehittelemääni havainnointilomaketta hyödyntäen. Havainnointilomake taas rakennettiin kirjallisuuskatsauksen eri teorialähteitä yhdistäen. Analyysirunko salli aineistosta poimittavan myös analyysirungon ulkopuolisia asioita, jolloin myös mahdolliset uudet, teoriasta nousemattomat ilmiöt saatiin analyysiin mukaan.

Havainnointilomakkeille kirjatut havainnot kirjoitettiin puhtaaksi tietokoneella ja eri lomakkeiden havainnot yhdistettiin lomakkeen teemojen mukaan allekkain helpommin hahmotettavaksi. Tässä vaiheessa alkuperäiset lomakkeet numeroitiin järjestysnumeroin ja numerot liitettiin puhtaaksi kirjoitettuun havaintoon, jolloin myöhemmin tarpeen vaatiessa olisi mahdollista tarkistaa alkuperäisilmauksen asiayhteys. Myös päivämäärä, kellonaika ja käytetty musiikki kirjattiin ylös ja yhdistettiin järjestysnumeroihin. Analyysiyksiköksi valittiin tutkimuskysymysten perusteella yksi sana tai muutaman sanan aihekokonaisuus.

Alkuperäisestä lomakkeen teemoittelusta huolimatta osa havainnoista oli kirjoitettu asiayhteydestä erilleen tai ne olivat monitulkintaisia. Esimerkiksi ääntelyssä oli liikkeisiin liittyviä havaintoja ja ilmeissä oli ääntelyksi tulkittavia havaintoja. Kullekin teemalle valittiin oma värinsä, joiden mukaan analyysiyksiköt värjättiin.

ÄÄNTELY:

1. Suu liikkui; hiukan tapaili laulun sanoja
2. Pientä hyminää välillä
3. Asiakas pitää omaa "hyminää" yleensä. Musiikin soidessa asiakkaan oma "hyminä" väheni.
4. Ei ääntelyä, mutta näytti siltä (kuin huulet olisivat laulun sanoja tavoitelleet), kuin huulet olisivat laulun sanoja tavoitelleet.
5. Ei äännellyt

Kuvio 1. Esimerkki analyysivaiheen väriteemoittelusta

Analyysirunko tehtiin Word-taulukkona, jossa ilmenee analyysin kulku yleisestä yksittäiseen sekä teorian vahva läsnäolo. Alkuperäisilmauksista etsittiin yhteneväisyyksiä ja samankaltaisuuksia. Samankaltaiset alkuperäisilmaukset yhdistettiin ja kullekin ryhmälle annettiin pelkistetty ilmaus. Aineiston niukkuuden ja lyhyiden alkuperäisilmausten takia alkuperäisilmaukset jätettiin analyysirungosta pois ja liikkeelle lähdettiin suoraan pelkistetyistä ilmauksista. Pelkistetyistä ilmauksista johdettiin alaluokkia induktiivista päättelyä hyödyntäen. Alaluokat jaoteltiin edelleen yläluokkien alaisuuteen. Analyysirunko on kokonaisuudessaan kuvattu liitteessä 5.

6 Tulokset

Nuoruuden ajan musiikin kuuntelu sai suuressa osassa tutkittavista aikaan sekä välittömiä reaktioita että mielialan muutoksia. Mielialaan vaikuttavat välittömät reaktiot esiintyivät ilmeinä, ääntelynä, liikkeinä ja fysikaalisina muutoksina. Eräällä tutkittavista ei raportoitu mitään muuta reaktiota kuin hiljentyminen ("asiakkaan oma "hyminä" väheni").

Kohonnutta mielialaa kuvaavia ilmeitä olivat iloisuus ("hymyili", "iloinen") ja rauhallisuus ("levollinen", "vaipui muistoihin"). Laskenutta mielialaa kuvasi surullisuuden ilme ("kyynelty") ja mielialan muuttumattomuutta ilmeettömyys ("ilmeetön") sekä mieteliäisyys ("totinen", "keskittynyt").

Ääntelyn osalta kohonnutta mielialaa kuvasivat nauru ("naurahti"), hyräily ("huikan tappaili laulun sanoja") ja hiljentyminen ("itku lakkasi"). Laskenutta mielialaa kuvasi itku ("itki lohduttomasti") ja mielialan muuttumattomuutta hiljaisuus ("ei äännellyt").

Liikkeissä kohonnutta mielialaa kuvaavia reaktioita olivat pään tahdikas liike ("nyökytteli päätään musiikin tahdissa"), käsien tahdikas liike ("taputti käsiään", "antoi tavallaan tahtia oikealla kädellä"), jalkojen liike ("jalka heilui tahdissa") sekä suun liikkeet ("näytti siltä kuin huulet olisivat laulun sanoja tavoitelleet"). Mielialan laskua kuvasi asennon vaihto ("nousee seisomaan", "hypistelee paidanhelmaa"). Muuttumatonta mielialaa kuvasivat silmien räpyttely ("räpsytti silmiään") ja liikkumattomuus ("tuijotti totisena ulos", "istui paikoillaan").

Fysikaalisista muutoksista raportoitiin verenpaineen laskua, pulssin hidastumista, verenpaineen nousua ja pulssin kiihtymistä. Pulssin kiihtymistä ilmeni yhdellä tutkittavalla ja verenpaineen nousua kolmella tutkittavalla. Yhdellä tutkittavista ei saatu tehtyä luotettavaa verenpaineen ja pulssin mittausta, sillä potilaalla oli perussairaus, joka vaikutti verenpaineen mittaamiseen. Pääosin musiikin välitön vaikutus tutkittavien verenpaineeseen oli laskeva ja pulssiin hidastava. Muutokset eivät olleet kuitenkaan kovin suuria.

Taulukko 1. Verenpaine ja pulssi ennen ja jälkeen musiikki-interventiota

Tutkittavan järjestysnumero:	Ennen:		Jälkeen:	
	RR	pulssi	RR	pulssi
1.	122/82	84	110/69	80
2.	143/115	89	132/92	83
3.	117/70	71	123/68	67
4.	ei tulosta!	ei tulosta!	ei tulosta!	ei tulosta!
5.	101/61	85	95/59	83
6.	145/76	68	135/79	70
7.	168/66	63	122/56	54
8.	116/63	52	118/64	50

Tutkittavien numeraalisen mielialan arvioinnin tuloksina on, että musiikin välitön vaikutus on mielialaa kohottava tai sitä muuttamaton. Numeraalinen mieliala arvioitiin asteikolla 0–10, negatiivisimmasta positiivisimpaan. Kolmella tutkittavista mieliala ei noussut eikä laskenut, vaan se pysyi vakiona asteikon keskellä numerolla viisi. Huomattavaa on, että kaikilla muilla tutkittavilla mieliala kohosi ja mielialan kohoaminen oli kaikilla samansuuruista. Oli lähtömieliala mikä tahansa, niin sen raportoitiin nousseen kahdella yksiköllä. Alimmillaan lähtömieliala oli 3 ja ylimmillään 8. Musiikki-intervention jälkeinen mieliala arvioitiin alimmillaan numeroon 5 ja ylimmillään täyteen kymppiin. Kenelläkään tutkittavista mieliala ei omahoitajien arvion mukaan laskenut.

Taulukko 2. Mielialan arvio asteikolla 0–10 (0=negatiivisin, 10=positiivisin)

Tutkittavan järjestysnumero:	Ennen:	Jälkeen:
1.	3	5
2.	6	8
3.	5	5
4.	5	5
5.	5	5
6.	8	10
7.	8	10
8.	7	9

7 Pohdinta

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää nuoruuden ajan musiikin kuuntelun välittömiä vaikutuksia dementiaa sairastavan mielialaan. Tulokset osoittavat teorian oikeaksi ja soveltuvaksi uuteen ympäristöön. Tuloksista käy ilmi, että nuoruuden aikaisen musiikin kuuntelulla on välittömiä mielialaan liittyviä vaikutuksia. Suurimmaksi osaksi nämä vaikutukset ovat mielialaa kohottavia, mutta osassa tuloksista myös mielialaa laskevia. Kokonaisuutena kuitenkin tutkittavien mieliala pysyi omahoitajien kuvaamana samanalaisena tai kohosi. Vaikka tutkittavalla olisi ollut välittömänä reaktiona laskeneeksi mielialaksi tulkittava surullisuuden ilme, tutkittavan mieliala ei kuitenkaan tutkimuksen aikana laskenut vaan pysyi samana tai jopa kohosi.

Mielialan hetkellinen lasku ja erityisesti surullisuus saattaakin viedä dementiaa sairastavan ihmisen muistoissaan johonkin nuoruuden tapahtumaan, jota muistellessaan ihminen herkistyy. Musiikin avulla muistoihin palaaminen auttaa dementiaa sairastavaa ihmistä jäsentämään nykyhetkeä, jolloin myös elämänlaatu ja sitä mukaa myös mieliala paranee. (Ahonen 2000: 287-288.) Saattaa myös olla, että mielialan lasku johtuu myös kappaleeseen liitetystä ikävästä tai surullisesta muistosta.

Kaikki tutkittavat reagoivat jollakin tavalla kuunneltuun musiikkiin. Suurin osa reaktioista oli liikkeellisiä. Musiikkiin reagoiminen liikkumalla on varsin yleistä, sillä musiikin rytmi vaikuttaa vahvasti ihmisen omiin rytmisiin järjestelmiin (Ahonen 2000: 43). Musiikin sisältämä rytmisen energia ikään kuin siirtyy ihmiseen ja purkautuu ihmisestä liikkeen avulla ulos. Usein liike on vieläpä tahditettua ja organisoitua kuten käden, sormien tai pään rytmisestä liikehdintästä.

Verenpaineen ja pulssin lasku lähes kaikilla tutkittavilla osoittaa rauhoittumista, nautintoa ja kivun lievenemistä (Arrington 1954). On kuitenkin muistettava etteivät fyysiset reaktiot välttämättä ole suoraan musiikin vaikutusta vaan ne saattavat olla vaikutusta koetuista tunteista (Bojner-Horwitz – Bojner 2007: 50). Kuitenkin tunteet ovat vahvasti yhdistettävissä kuultuun musiikkiin (Ahonen 2000: 51).

Havainnointilomake poimi tutkittavilta juuri niitä havaintoja mitä pitikin. Vaikka havainnointilomakkeessa oli tilaa myös muille luokittelemattomille havainnoille, mitään poikkeavaa ei ilmennyt. Havainnointilomake oli siis onnistuneesti teorian pohjalta tehty ja omahoitajat olivat motivoituneita sitä käyttämään. Toisaalta hoitajien mahdollinen kiire saattaa vaikuttaa havaintojen kirjaamisen laajuuteen ja täsmällisyyteen. Voi myös pohdita, jos lomakkeessa olisi ollut vielä jokin täsmentävä havainnoinnin osa-alue, olisiko tällöin saatu tuloksia myös sellaiselta osa-alueelta, joka olisi muuten jäänyt huomiotta.

Tulosten vaihtelevuus voi johtua monestakin asiasta. Yksi merkittävimmistä reagointiin vaikuttavista asioista on musiikkikappaleen valinta. Sitä, miten jokin kappale vaikuttaa tiettyyn ihmiseen, ei voi etukäteen tietää. Sama kappale saattaa toisessa ihmisessä aiheuttaa täysin erilaisen reaktion riippuen siitä, mihin muistoihin hän kappaleen mielessään yhdistää (Ahonen 2000: 287–288). Tämän muuttujan vaikutusta yritettiin pienentää valitsemalla juuri kyseiselle tutkittavalle mieleistä musiikkia. Toinen tuloksiin vaikuttava tekijä on havainnoinnin ajankohta ja potilaan sen hetkinen mieliala. Jos potilas on kovin väsynyt, hän ei välttämättä innostu mielekkäästäkään musiikista. Jos taas potilas on jo valmiiksi todella hyvällä mielellä, musiikin mielialaa kohottava vaikutus voi havaintojen osalta jäädä pieneksi.

7.2 Eettisyyden tarkastelu

Opinnäytetyön eri vaiheissa pyritään noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita, joita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Aiheen valinnalle on pyritty löytämään oikeutus muun muassa ajankohtaisilla artikkeleilla, eikä tutkimusta ole lähdetty toteuttamaan ainoastaan uteliaisuuden perusteella. (Kylmä – Juvakka 2007: 144–145, 147.)

Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa ja heillä on oikeus kieltää tutkijaa käyttämästä omaa osuuttaan tutkimuksesta myös jälkikäteen (Tuomi – Sarajärvi 2009: 131). Tutkimusetiikan periaatteiden mukaan tutkijan on pyrittävä minimoimaan kaikki tarpeettomat haitat. Yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohdista on asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeus. Tutkittavilla pitää olla mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa ja osallistumisen on oltava täysin vapaaehtoista. Tutkimusetiikalle asettaa haasteita niin sanottujen haavoittuvien ryhmien tarkastelu. Tällaisiin ryhmiin kuuluvat tutkittavat, joiden kyky antaa

tietoinen suostumus saattaa olla alentunut, joiden autonomia on heikko tai joiden riski saada sivuvaikutuksia tilansa vuoksi saattaa suurentua tutkimuksen takia. Haavoittuvien ryhmään luetaan esimerkiksi muistisairaat ja laitoshoidossa olevat. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 177–180.)

Aineiston keräämistä varten haettiin kirjallinen tutkimuslupa organisaatiolta, johon palvelukeskus kuului. Tutkittavien ollessa muistisairaita ja kuuluessa haavoittuvaan ryhmään tutkimuksen eettisyyttä korostettiin pyytämällä kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta joko tutkittavilta itseltään tai heidän edunvalvojiltaan. Tiedote tutkittaville ja suostumus tutkimukseen on esitetty liitteessä 3. Hoitajat suostuivat myös vapaaehtoisesti havainnoimaan tutkittavia. Saatekirje omahoitajille on esitetty liitteessä 2.

Tämä opinnäytetyö on salassapitosopimuksen alainen. Tutkimusluvan myöntämisen edellytyksenä oli, että kaikkea potilaista kerättyä tietoa tulee käsitellä salassapitosopimuksen mukaisesti. Aineisto kerättiin ilman henkilötietoja ja sitä käsiteltiin huolellisesti ja luottamuksellisesti, niin että anonymiteetti säilyi eikä yksittäisiä osallistujia voida myöhemmin tunnistaa. Valmiit tulokset raportoitiin totuudenmukaisesti, eikä tuloksia ole muokattu jälkikäteen. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 131)

7.3 Luotettavuuden tarkastelu

Luotettavuuden lähtökohtana on, että tutkimus on tieteellinen, jolloin siinä on käytetty tieteellisiä tiedonkeruu- ja analysointimenetelmiä. Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan koko prosessin ajan. Luotettavan tutkimuksen perusedellytyksenä on tutkijan luotettava toiminta, riittävä ja laadukas aineisto sekä tarkka dokumentaatio. Erityisesti tarkka tutkimusprosessin kuvaus lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2012: 231–233; Tuomi – Sarajärvi 2009: 134–139.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, pysyvyyden, siirrettävyyden ja vahvistettavuuden kriteerien perusteella. Tutkimuksen uskottavuudesta kertoo se, että tutkija on sitoutunut tutkimukseen ja tutkimustulokset ovat totuudenmukaisia. Tutkimustulosten sovellettavuus ja käytännön hyödynnettävyys vastaa vanlaisissa tilanteissa kertoo tutkimuksen siirrettävyydestä. Pysyvyydellä tarkoitetaan, että tutkimustulokset olisivat samat jos tutkimus tehtäisiin uudestaan. Tällöin tutkimus on tehty hyvin noudattaen tieteellisen tutkimuksen periaatteita. Vahvistettavuuteen kuu-

luu, että lukija pystyy seuraamaan ja arvioimaan tutkijan päättelyä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 137–139.)

Tämän tutkimuksen suunnitteluun käytettiin paljon aikaa. Tutkimusta lähdettiin suunnittelemaan syksyllä 2012 lähtökohtana määrällinen tutkimus. Kirjallisuudesta ja aikaisemmista tutkimuksista etsittiin sopivaa mittaria mittaamaan mahdollisesti kommunikativuutensa potilaan mielialaa. Reliaabelin ja validin mittarin puuttuessa tutkimuksesta päädyttiin tekemään laadullinen keväällä 2013. Siihen mennessä tehdystä kattavasta kirjallisuuteen perehtymisestä oli hyötyä tutkimuksen teoreettista viitekehystä luodessa ja myöhemmin myös havainnointilomakkeen rakentamisessa. Kirjallisuutta etsittiin kriittisyyttä noudattaen seuraavista tietokannoista: Medic, PubMed ja EBSCOhost.

Koska havainnointilomake tehtiin vain tätä tutkimusta varten, siihen kohdistuu paljon kritiikkiä. Saadut tulokset liittyvät vahvasti havainnointilomakkeeseen ja sen rakenteeseen, jolloin havainnointilomakkeen puutteellisuus ja toimimattomuus vaikuttavat myös heikentävästi tutkimuksen luotettavuuteen. Havainnointilomakkeen testaaminen ennen varsinaista tutkimusta eri ympäristöissä ja suuremmalla kohderyhmällä olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta, mutta resurssien puutteen vuoksi sitä ei ehditty tekemään.

Tutkimus tehtiin eräässä länsisuomalaisessa palvelukeskuksessa pienellä paikkakunnalla, mikä tulee ottaa huomioon tuloksia yleistettäessä. Kyseessä oli täysin uudenlaisen tutkimuksen tekeminen, jolloin tuloksia ei voida täysin kritiikittä yleistää, mutta tutkimus antaa hyvän pohjan jatkotutkimuksille.

7.4 Johtopäätökset ja aiheita jatkotutkimuksille

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että nuoruudenaikaisen musiikin kuuntelu parantaa dementiaa sairastavien mielialaa myös hetkellisesti. Tämä on tärkeä tieto, sillä lyhytaikaisen musiikki-intervention järjestäminen ei vaadi suuria resursseja ja se on yksinkertainen tapa parantaa dementiaa sairastavan elämänlaatua.

Dementiaa, erityisesti sen edetessä vaikeaksi, sairastavan toimintakyky on yleensä heikentynyt muistitoimintojen heikentymisen myötä. Kommunikaatio ja itsensä ilmaiseminen voi olla vaikeaa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että dementiaa sairastavat eivät haluaisi ilmaista itseään. Musiikin vahva vaikutus aivoihin säilyy pitkään myös dementi-

assa ja täysin kommunikoimattomat, niin sanotut vuodepotilaat, saavat musiikin avulla mahdollisuuden ilmaista itseään. Usein vaikeasti dementoituneilla ei ole enää moniaakaan pitkäaikaisia nautintoja tai tavoitteita, jolloin on eletävä tässä hetkessä ja nautittava niistä pienistä iloista joita päivän aikana kohtaa. Tällaiseen elämäntilanteeseen oman nuoruudenaikaisen musiikkikappaleen kuuleminen silloin tällöin pitkin päivää sopii mitä parhaiten.

Hoitohenkilökunta voi hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia päivittäisessä työssään potilaiden kanssa. Musiikkia käyttämällä potilas on iloisempi, rauhallisempi ja hänen toimintakykynsä hetkellisesti paranee. Taitava hoitaja tuntee potilaansa ja osaa valita potilaalle ja tilanteeseen sopivan musiikin. Jos käytössä ei ole musiikkisoitinta, mikään ei estä myös laulamasta työn ohessa.

Tämä tutkimus esitti varsin vähän tunnetun hoitomuodon käytön uudessa tilanteessa. Kohdejoukko oli melko pieni, sillä aihetta ei ole aiemmin tutkittu ja tämä tutkimus oli ensimmäisiä, joka tutki musiikin kuuntelun välittömiä vaikutuksia ikääntyneillä. Jatkotutkimusaiheina olisikin musiikin välittömien vaikutusten laajempi kartoitus dementiaa sairastavilla sekä havainnointilomakkeen testaus suuremmalla kohdejoukolla.

Lähteet

Ahonen, Heidi 2000. Musiikki – Sanaton kieli. Musiikkiterapian perusteet. Helsinki: Finn Lectura Oy Ab

Arrington, George 1954. Music in medicine. In music therapy. New York: Philosophical Library.

Bojner-Horwitz, Eva – Bojner, Gunilla 2007. Mielihyvää musiikista. Helsinki: WSOY

Cohen, Annabel – Bailey, Betty – Nilsson, Thomy 2002. The importance of music to seniors. Psychomusicology. Number 18. 89–102. Verkkodokumentti.
<<http://discoveryspace.upei.ca/sites/discoveryspace.upei.ca/musicog/files/u1/newjan05/Cohen-Bailey-Nilsson.pdf>>.
Luettu 16.1.2014.

Erkinjuntti, Timo – Alhainen, Kari – Rinne, Juha – Huovinen, Maarit 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, Timo – Huovinen, Maarit 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy

Erkinjuntti, Timo – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.) 2010. Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Eskola, Jari 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, Juhani – Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 2. uud. p. Juva: WS Bookwell. 159–183.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2012. Tutki ja kirjoita. 15–17. painos. Helsinki: Tammi.

Heimonen, Sirkkaliisa – Voutilainen, Päivi 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy

Härmä Heidi – Dunderfelt-Lövegren Eeva 2011. Työikäisen muisti. Teoksessa Härmä Heidi – Sirpa Granö (toim.) Työikäisten muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOY Pro Oy. 16–44.

Härmä Heidi – Hänninen Ritva – Suhonen Jaana 2011. Muisti kuormittuu ja kaipaa huoltoa. Teoksessa Härmä Heidi – Sirpa Granö (toim.) 2011 Työikäisten muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOY Pro Oy. 52 – 101.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Karjula, Maija-Leena 2009. Soittaminen jumppaa aivojamme. Teostory 3, 10–14. Viitattu 2.9.2013.
https://www.jyu.fi/hum/laitokset/musiikki/en/research/coe/Media/Soittaminen_Jumppaa_Aivojamme.pdf

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Käypä hoito 2010. Muistisairaudet. Verkkodokumentti.

<<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf>> Luettu 23.1.2014

Laukka, Petri 2007. Uses of music and psychological well-being among the elderly. *Journal of Happiness Studies*. Vol. 8. Number 2. 215–241.

Lehtonen, Kimmo 2007. Musiikki kasvun voimavarana. Teoksessa Lehtonen, Kimmo. Musiikin symboliset ulottuvuudet. Lahti: Suomen Musiikkiterapiayhdistys ry. 21–24.

Pirttilä, Tuula 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutuksen mahdollisuudet. Teoksessa Heimonen, Sirkkaliisa – Voutilainen, Päivi (toim.) 2004. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi

Saarenheimo Marja 2012. Yleistä ikääntymisestä. Teoksessa Heimonen Sirkkaliisa – Pajunen Hannu. Mielen terveys vanhuudessa. Helsinki: Edita Publishing Oy. 18 – 55.

Soininen, Hilka – Hänninen, Tuomo 2006. Muistihäiriöiden oirediagnostiikka. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Rinne, Juha – Soininen, Hilka (toim.) 2010. Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy. 82–92.

Sulkava, Raimo – Viramo, Petteri – Eloniemi-Sulkava, Ulla 2001. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. 4. painos. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys ry

Sulkava Raimo 2010. Teoksessa Tilvis, Reijo – Pitkälä, Kaisu – Strandberg, Timo – Sulkava, Raimo – Viitanen, Matti (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim. 120 – 138.

Suontaka-Jamainen Kirsti 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatriassa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Särkämö, Teppo – Huotilainen, Minna 2012. Musiikkia aivoille läpi elämän. Suomen Lääkärilehti 17. 1334–1339.

Särkämö, Teppo 2011. Music in the recovering brain. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki: Unigrafia.

Särkämö, Teppo – Laitinen, Sari – Numminen, Ava – Tervaniemi, Mari – Kurki, Merja – Rantanen, Pekka 2011. Muistaakseni laulan. Musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa. Helsinki: Miina Sillanpää Säätiö

Tervaniemi, Mari 2009. Miksi musiikki liikuttaa? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 2579–2582. Verkkodokumentti.

<<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98457.pdf>>. Luettu 10.1.2014.

Thaut, Michael 2005. Rythm, music, and the brain. Scientific foundations and Clinical applications. New York and London: Routledge.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen louk-
kausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje.
Saatavilla sähköisesti osoitteessa:
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>

Valamies, Heljä 2005. Musiikki soittaa tunteita. Tiede-lehti, 4. Viitattu 2.9.2013.
http://www.tiede.fi/artikkeli/469/musiikki_soittaa_tunteita

Vataja, Risto 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, Timo
– Rinne, Juha – Soininen, Hilkka (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim,
91–99.

Vilkkä, Hanna 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Viramo, Petteri – Sulkava Raimo 2010. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia.
Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Rinne, Juha – Soininen, Hilkka (toim.) 2010. Muistisai-
raudet. Porvoo: WS Bookwell Oy. 28–36.

Ängeslevä, Heta 2012. Muistisairaiden kuntoutus retuperällä. Turun Sanomat 18.9.
Kotimaa 9

Havainnointilomake

Päiväys ja kellonaika:_____

Käytetty musiikki:_____

1. Välittömät reaktiot

1.1. Ilmeet:

1.2. Ääntely:

1.3. Liikkeet:

1.4. Fysikaaliset:

RR + pulssi

ennen:_____

jälkeen:_____

KÄÄNNÄ —>

2. Vaikutus potilaan mielialaan

2.1. Mielialan arvio asteikolla 0-10 (0=negatiivisin, 10=positiivisin)

ennen:_____

jälkeen:_____

2.2. Sanallinen mielialan arvio:

ennen:_____

jälkeen:_____

3. Muita havaintoja:

Kiitos vastauksistanne!

Saatekirje omahoitajille

Arvoisa hoitaja,

olen valmistuva sairaanhoitaja Helsingin Metropolia Ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää musiikin kuuntelun välittömiä vaikutuksia dementiaa sairastavan mielialaan. Opinnäytetyön tavoitteena on vahvistaa musiikin käyttöä osana hoitotyötä ja esitellä lyhytaikaisen musiikin käytön vaikutuksia potilaan mielialaan.

Tarvitsen apuanne havainnoinnin toteuttamisessa, sillä vain hyvin potilaan tunteva hoitaja osaa havaita muutoksia potilaan mielialassa riittävän hyvin. Muutokset kirjataan ylös havainnointilomakkeen avulla.

Havainnointitilanne on kolmiosainen:

1. Mielialan arviointi ja verenpaineen mittaus ennen interventiota
2. Musiikki-interventio ja havaintojen kirjaaminen
3. Mielialan arviointi ja verenpaineen mittaus intervention jälkeen

Havainnointitilanne kestää kokonaisuudessaan 15-20 minuuttia.

Ennen havainnointitilannetta **pyydän teitä** ystävällisesti selvittämään havainnoinnin kohteena olevan asiakkaan nuoruuden ajan lempimusiikin tai musiikkityylin sekä kysymään osallistumisluvan asiakkaalta tai hänen edunvalvojaltaan. Kaikki havaintojen kirjatukset käsitellään luottamuksellisesti, siten ettei tutkittavan henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa.

Yhteistyöterveisin,

Karri Koistinen

Sairaanhoitajaopiskelija

Metropolia Ammattikorkeakoulu

puh. xxx xxxxxxx

karri.koistinen(at)metropolia.fi

Tiedote tutkittavalle ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Tutkimuksen nimi: Musiikilla muistoihin. Musiikin välittömät vaikutukset dementiaa sairastavan mielialaan.

Vastuullinen tutkija: Karri Koistinen
Sairaanhoitajaopiskelija
Metropolia Ammattikorkeakoulu
puh. xxx xxxxxxx
karri.koistinen(at)metropolia.fi

Tutkimus: Olen valmistuva sairaanhoitaja Helsingin Metropolia Ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää musiikin kuuntelun välittömiä vaikutuksia dementiaa sairastavan mielialaan.

Opinnäytetyön aineisto kerätään havainnoimalla. Omahoitajat havainnoivat tutkimukseen osallistuvien välittömiä reaktioita ja arvioivat mielialan muutoksia havainnointilomakkeen pohjalta. Yksittäisen havainnointitilanteen kesto on noin 15 minuuttia. Havainnointitilanne on kolmiosainen: mielialan arviointi ja verenpaineen mittaaminen ennen interventiota, musiikki-interventio ja havaintojen kirjaaminen sekä mielialan arviointi ja verenpaineen mittaaminen intervention jälkeen. Havainnot kirjataan lomakkeelle myöhempiä analysointia varten. Kaikki havaintojen kirjatut käsitellään luottamuksellisesti, siten ettei tutkittavan henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa.

Tutkimukseen osallistuvilla ei aiheudu tutkimuksesta merkittäviä haittoja tai etuja.

Olen perehtynyt tämän tutkimuksen tarkoitukseen ja sisältöön, kerättävän tutkimusaineiston käyttöön, tutkittaville aiheutuviin mahdollisiin haittoihin sekä tutkittavien oikeuksiin. Suostun osallistumaan tutkimukseen annettujen ohjeiden mukaisesti. Voin halutessani peruuttaa tai keskeyttää osallistumiseni tai kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta missä vaiheessa tahansa. Tutkimustuloksiani ja kerättyä aineistoa saa käyttää ja hyödyntää sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa.

Päiväys

Tutkittavan/edunvalvojan allekirjoitus

Analyysirunko

Pääluokka	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Nuoruuden ajan musiikin kuuntelun välittömät vaikutukset dementiaa sairastavan mielialaan	"tuli hymy" "hymyili" "hymyileväinen" "iloinen" "pirteä" "ei enää kiukkuinen" "nautti musiikista" "nautti esityksestä" "naurahti"	iloisuus	Kohonnut mieliala
	"levollinen" "silmit painuivat kiinni" "vaipui muistoihin"	rauhallisuus	
	"hiukan tapaili laulun sanoja" "pienä hyminää välillä" "yrittää viheltää kappaletta"	hyräily	
	"asiakkaan oma" "hyminä" väheni" "itku lakkasi"	hiljentyminen	
	"nyökytteli päätään musiikin tahdissa" "kääntelee päätään" "heiluttaa itseään (pyörätuolissa)"	pään tahdikas liike	
	"vas. käden sormet napsuttelivat tahtia pöydän pintaan" "sormet tahdittivat" "antoi tavallaan tahtia oikealla kädellä" "kätet alkoivat käydä tahdissa" "taputti käsiään" "taputtaa käsiään vasten reisiä kerran" "pariin otteeseen kätet menee yhteen"	käsien tahdikas liike	

	"jalka heilui tahdissa" "jalka liikkui" "jalkaterät alkoivat liikkua, samoin kädet"	jalkojen liike	
	"suu liikkui" "näytti siltä kuin huulet olisivat laulun sanoja tavoitelleet"	suun liikkeet	
	"itki lohduttomasti" "kyyneltä"	surullisuus	Laskenut mieliala
	"nousee seisomaan" "Hieroo käsiään ja laittaa sormet lomittain" "hypistelee paidanhelmaa"	asennon vaihto	
	"ilme ei muuttunut" "ilmeetön"	ilmeettömyys	
	"totinen" "keskittynyt" "selkeästi herätti ajatuksia" "ei äännellyt"	mietteliäisyys	Ei muutosta mielialassa
	"tuijotti totisena ulos" "liikehdintä jatkui samanlaisena" "istui paikoillaan"	liikkumattomuus	
	"silmät räpsyivät" "räpsytti silmiään"	silmien räpyttely	
		verenpaineen lasku	Fysikaaliset muutokset

		pulssin hidastuminen	
		verenpaineen nousu	
		pulssin kiihtyminen	